

FICHE SANITAIRE

Enfant

Nom: _____ Prénom: _____
 Date de naissance: _____ Garçon Fille

Vaccinations

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|--------------------------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq | | | | Coqueluche | |
| | | | | Autres (précisez) | |
| BCG (non obligatoire) | | | | Autres (précisez) | |

JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINS, si l'enfant n'a pas les vaccins, joindre un certificat de contre indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente (original) et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Autres: _____ |

Allergies ? ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES: _____

Conduite à tenir (si automédication le signaler, joindre l'ordonnance au médicament) : _____

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

En précisant les dates et les précautions à prendre: _____

L'enfant bénéficie-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non

Si oui joindre la photocopie du PAI

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier, précisez: _____

Natation: l'enfant sait-il nager ? oui non Si oui, quel niveau ? _____

Je soussigné (e), _____ responsable légal de l'enfant _____
 déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire

Date et signature: _____